

APPENDIX A

**PATIENT REQUEST FOR AMENDMENT OF RECORDS
ЗАПРОС НА ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В МЕДИЦИНСКУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ**

You have the right to request that we amend most information in our records that may be used to make decisions about you and your treatment for as long as we maintain the information in our records. Please see our Notice of Privacy Practices for a more detailed description of your rights to request amendment of this information and the process we follow once we have received your request. To request an amendment to your records, complete and return the following request form.

В случаях, когда ваша медицинская документация, касающаяся принятия решений о вас и о вашем лечении, является частью наших архивных данных, вы имеете право запросить внести изменения в большую ее часть. Пожалуйста, ознакомьтесь с нашим Уведомлением о правилах соблюдения конфиденциальности, чтобы получить более подробное описание ваших прав касательно внесения изменений в данную информацию, а также порядок рассмотрения вашего запроса. Вам будет необходимо заполнить форму запроса о внесении поправок и отправить ее по указанному в ней адресу.

**PATIENT INFORMATION
ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА**

Patient's Last Name: Фамилия пациента: _____	First: Имя пациента: _____	MI: Второй иниц: __
Address: Адрес: _____ _____ _____	Telephone: Телефон:	
	Daytime: в дневное время: _____	
	Evening: вечером: _____	
	Email (optional): Электронная почта (по желанию): _____	

**AMENDMENT REQUEST
ЗАПРОС НА ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ**

Please answer the following questions. You may attach a separate page if more space is needed.

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы. Если понадобится больше места, можете добавить отдельную страницу.

What information would you like to amend?

Какую информацию вы бы хотели изменить?

How do you believe the information should be amended?

Как, по вашему мнению, следует изменить информацию?

Why do you believe the information should be amended? Please attach any supporting documentation, if needed. Your request may be denied if you do not provide a reason to support your request.

Почему вы считаете, что информацию следует изменить? Приложите необходимую сопроводительную документацию. Без сопутствующих доводов запрос может быть отклонен.

Is this request being made because of an emergency or other urgent situation? If so, please describe the nature of the emergency or urgency below and the date you need the information amended. We cannot guarantee that we will meet your deadline, but we will do our very best to accommodate reasonable request.

Сделан ли этот запрос в связи с чрезвычайной или какой-либо экстренной ситуацией? Если да, опишите ниже характер ситуации, насколько она экстренна и укажите дату, когда вам необходимо информацию изменить. Мы не можем гарантировать, но сделаем все возможное, чтобы уложиться в разумные сроки.

**PATIENT UNDERSTANDING AND SIGNATURE
ПОДТВЕРЖДЕНИЕ И ПОДПИСЬ**

By signing below, I am requesting that Maimonides Medical Center amend my health information as I have explained above.

Я, нижеподписавшийся, прошу центр Maimonides Medical Center изменить мою медицинскую информацию согласно моим вышеуказанным разъяснениям.

_____ Signature of Patient or Personal Representative Подпись пациента или личного представителя	SEND COMPLETED FORM TO: ОТПРАВЬТЕ ЗАПОЛНЕННУЮ ФОРМУ ПО АДРЕСУ: Maimonides Medical Center 4802 Tenth Avenue Brooklyn, New York 11219 Attn: HIS Department
_____ Print Name of Patient or Personal Representative Имя пациента/личного представителя (печатными)	
_____ Date Дата	
_____ Description of Personal Representative's Authority Описание полномочий личного представителя	

For Maimonides Medical Center Use Only:

Date Received: (MM/DD/YY) ____/____/____

Disposition of Request: ____ GRANTED ____ DENIED ____ PARTIALLY DENIED

Patient Notified In Writing on This Date: (MM/DD/YY) ____/____/____

Name of HIS Department Staff Member Processing This Request: